

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

336

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Włodzimierz GOLDMAN

Né le 6 août 1910, à Dabno (Pologne).

Contribution à l'étude du
Pronostic de la Tuberculose du Nourrisson

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Włodzimierz GOLDMAN

Né le 6 août 1910, à Dabno (Pologne).

Contribution à l'étude du

Pronostic de la Tuberculose du Nourrisson

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

—
1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
GALLIARD Parasitologie.	JOANNON Hygiène.
GASTINEL Bactériologie.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
	LACOMME Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BEZANÇON
 (Justin) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DUVOIR.
 DONZELOT.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

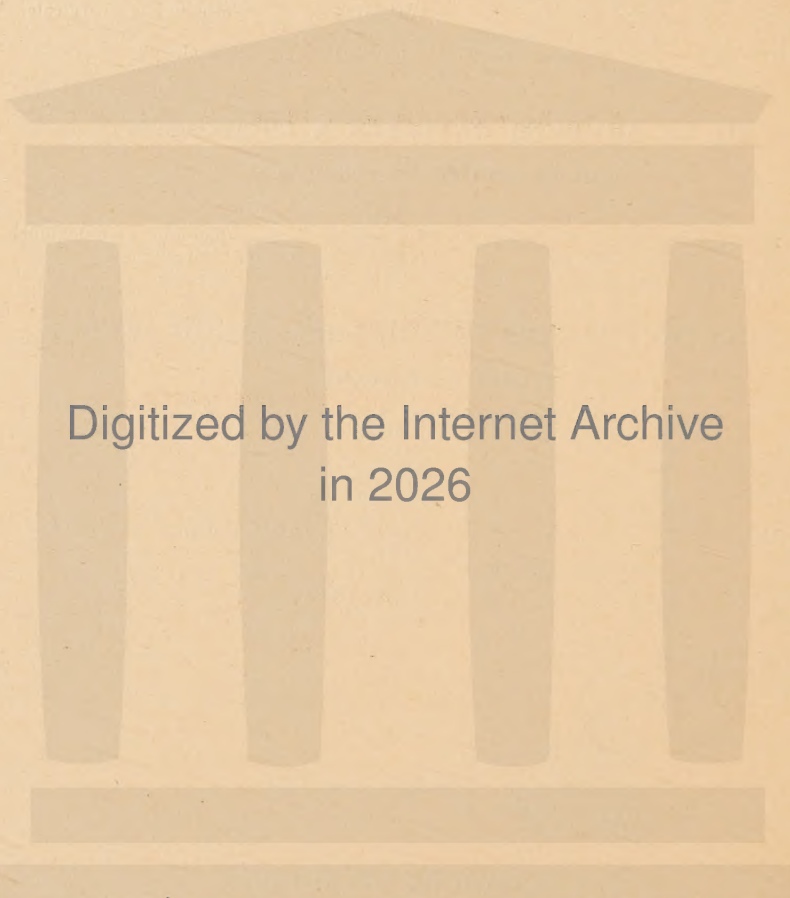
MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'une affection sincère.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Membre de l'Académie de Médecine.

*Professeur de la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris.*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLÉ

Médecin des Hôpitaux.

Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Paris.

Directeur de l'Ecole de Puériculture.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Faible témoignage de notre estime et reconnaissance.

INTRODUCTION

Depuis que l'emploi de la cuti-réaction à la tuberculose a montré sa fréquence relative chez les nourrissons d'une belle apparence sans aucuns symptômes de la maladie; la notion de la curabilité de la Tuberculose des nourrissons est devenue une notion courante et l'opinion, que l'on avait sur cette affection s'est trouvée singulièrement modifiée. Il appartient à MM. DEBRÉ et JOANNON en 1922 de distinguer une forme spéciale qu'ils individualisèrent sous le nom ». De forme floride de la Tuberculose du Nourrisson », en 1926 le P^r MARFAN désigne la forme floride : « forme silencieuse aboutissante d'emblée à la guérison clinique. Les enquêtes de M. Henri LEMAIRE et de Mlle ODIER, en France, OSWALD, LANGER, GASUL à l'étranger ont mis en évidence un grand nombre des formes évolutives curables et ont contribué à former l'opinion sur le pronostic atténué de l'affection. Cependant certains auteurs (NOBÉCOURT en 1929, ROMINGER en 1931) ont obtenu des résultats beaucoup moins favorables et il faut envisager au moment présent le pronostic de la Tuberculose du Nourrisson, comme très grave. La découverte du B. C. G. a apportée à ce problème un caractère tout à fait nouveau, en effet, elle nous donne un moyen prophylactique puissant et place le débat sur un autre terrain.

L'OBJET DE L'ETUDE ET SES RESULTATS GENERAUX

Nous nous sommes servis dans notre travail des statistiques et des observations de la Nouvelle Crèche de l'Hôpital des Enfants Malades grâce à la bienveillance de M. le D^r WEIL-HALLÉ. En totalité nous avons assemblé de 1931 à 1935 65 cas de la Tuberculose du Nourrisson, dont 2 seulement vaccinés par B. C. G. Dans ces deux cas d'ailleurs, la vaccination n'était pas suivie d'isolement. (Il faut donc la considérer comme inexistante). Il nous a paru nécessaire de ne pas se limiter aux observations hospitalières, mais de poursuivre une enquête serrée au domicile des enfants. En effet les résultats finals ne correspondent pas du tout à ceux de l'Hôpital. Le Nourrisson tuberculeux sort souvent de l'Hôpital pour mourir dans un délai plus ou moins court à la maison; d'autre part il était nécessaire de mettre en évidence l'état actuel des malades. Nous nous sommes également efforcés dans la mesure possible d'éclaircir l'étiologie de l'affection et nous avons réussi à mettre en évidence presque dans tous les cas l'origine, soit familiale soit accidentelle de l'infection.

L'enquête minutieuse des conditions hygiéniques et sociales des familles des enfants a été poursuivie.

Aussi il nous a paru possible d'établir les statistiques pour déterminer le rôle des divers facteurs étiologiques, cliniques et sociaux dans la détermination du pronostic de la Tuberculose du Nourrisson. Voici les résultats généraux de notre enquête :

Année	Nombre des cas d'infection tuberculeuse	Enfants vivants	Enfants décédés Tuberculose	autres causes	Taux de mortalité du à la tuberculose
1931	13	3	8	2	71 %
1932	11	4	7	—	62 %
1933	22	8	13	1	62 %
1934-35	19	6	11	2	64 %

En total 21 vivants soit 32 ½ %. Décédés 44, dont 3 de la rougeole, 2 de la diphtérie, mortalité due à la tuberculose 66 % suivant le sexe :

Garçons : 37 décédés, 26 soit, 70 %.

Filles : 28 décédées, 18 soit, 64 %.

Il serait intéressant de comparer ces résultats avec des autres statistiques. POLLAK, en 1911 indique le chiffre de la mortalité, 85,7 %, HAMBURGER en 1912, 80 %. En 1922 OSWALD, 59,4 %, DAVIS, en 1924, 44 %. LEMAIRE, en 1927, 24 %, LANGER dans la même année, 38,6 %. B. M. GASUL, de Chicago en faisant l'examen systématique de tous les malades de 1920 a 1927 obtient pour les enfants de 1-6 mois 17,2 % de mortalité de 6-12 mois, 6,4 %. Cependant NOBECOURT, en 1929 trouve dans son service la mortalité des nourrissons tuberculeux de 62 %. Cette différence des chiffres indiqués par divers auteurs tient :

1) A la période auquelle les recherches étaient faites avant ou après la découverte de la réaction von PIQUET.

2) Aux méthodes employées pour poser le diagnostic : Radio, cuti-réaction, réaction de MANTOUX.

3) Au milieu dans lequel les statistiques sont faites. Le nombre des formes florides sera plus grand à la consultation, que dans la salle des malades. Du milieu sociale de l'état d'hygiène.

Il n'y a donc pas lieu de penser que le pronostic de la Tuberculose du Nourrisson se soit sensiblement amélioré. Cette illusion provient du fait que nos procédés d'investigation étant devenus plus exacts le nombre des curables occultes est devenu plus grand, ce qui a contribué a l'amélioration apparente du pronostic. Ce qui mérite cependant notre attention c'est la diminution générale des cas de la tuberculose et ce qui en résulte de la mortalité par la Tuberculose chez les nourrissons.

Ainsi NOBÉCOURT et LIÈGE indiquent pour le service du Pr NOBECOURT aux Enfants Malades pour les années 1927-28-29. Sur 1253 malades 48 cas de la Tuberculose soit, 3,76 % et pour les années 1921-22-23-24, 1226 malades, 80 cas de la tuberculose soit, 6,52 %, il faut attribuer cette diminution au développement de la prophylaxie sociale et a l'introduction du B. C. G.

FORMES CLINIQUES A PRONOSTIC FAVORABLE

Sur la totalité de 65 cas nous avons trouvé :

Nom de la maladie	Nombre des cas	%	Vivants	Décédés	% de la mortalité
Méningite tuberculeuse	12	18 %	—	12	100 %
Granulie	6	9 %	—	9	100 %
T. pulm. caséo-ulcéreuse	10	14 %	—	10	100 %
Formes ganglio-pulmonaires	17	28 %	10	7	41 %
T. Externe	4	6 %	3	1	25 %
Formes occultes	11	19 %	8	3	27 %

Nous avons donc obtenu pour les formes ouvertes de la Tuberculose 100 % de la mortalité, elle baisse à 41 % pour les formes ganglions pulmonaires et tombe à 27 % pour les formes occultes. En effet, quoique en dernier temps on ai publié les cas de guérison de la granulie et de Broncho (ZARFL, ROMINGER), il faut les considérer comme très rares et le pronostic actuel de la Tuberculose ouverte peut être considéré comme presque fatale. La totalité des cas curables peut se placer dans trois groupes a). Forme occulte (floride) de la Tuberculose ou le cliché radiologique est complètement clair.

b) Tuberculose évolutive avec signes radiologiques qui aboutit à la guérison.

c) Formes extra-pulmonaires.

Passons en bref étude leurs caractères cliniques et radiologiques.

A). FORME FLORIDE.

Suivant plusieurs auteurs cette forme serait due à la longueur de la période anté-allergique. DEBRÉ et JOANNON ont fait en 1922 une description magistrale de la forme floride. « C'est une forme silencieuse d'emblée ». L'examen somatique ne doit révéler aucune anomalie importante du poids de la taille de la dentition. L'observation ne doit ensuite déceler aucune perturbation des grandes fonctions; digestion respiration, température sont normales. L'exploration physique doit faire constater l'absence de splénomégalie et d'hépatomégalie, des lésions cutanées ganglionnaires ou osseuses. Les régions rétro-sternales et interscapulo-vertébrales ne doivent pas offrir des signes cliniques d'adénopathie trachéo-bronchique, à ce point de vue une certaine tolérance doit être accordée pour une certaine anomalie de l'examen de percussion et d'auscultation : submatité, rudesse de la respiration, retentissement de la voix et de la toux. L'examen radiographique du thorax doit être également normal. Ainsi donc, en dehors d'une cuti-réaction positive, aucun signe ni clinique, ni radiologique ne révèle l'infection tuberculeuse. De plus, cet état doit durer au moins 6 mois. Quelle sera son évolution. Le Pr MARFAN nous dit : « Ce que nous

savons sur la tuberculose permet de penser que cette guérison clinique sera définitive chez quelques-uns de ces enfants, mais que pour d'autres elle sera transitoire. Pour ceux-ci un jour viendra, plus ou moins éloigné, où l'infection bacillaire restée au repos deviendra active et où la tuberculose évoluera ».

A ce point de vue, il y a deux cas à envisager : 1) L'enfant sera placé à l'abri d'une nouvelle contamination. Mlle ODIER qui a observé 180 enfants dans le placement familial nous donne les chiffres suivants : 16 % de morbidité tuberculeuse avec tendance aux formes extrapulmonaires et 8,1 % de mortalité. Dans nos observations, sur 15 enfants séparés à leur sortie de l'hôpital du milieu infecté, 4 sont morts, soit 26 %. 2) Les Nourrissons restés en milieux contaminés se trouvent forcément dans les conditions de faire la superinfection, notamment sur 24 enfants retournés au milieu tuberculeux, 9 sont morts, soit 40 % (ces chiffres, comme les précédents, se rapportent non exclusivement aux enfants avec la forme floride, mais à la totalité des enfants sortis en état de santé satisfaisante). Le Pr LÉON BERNARD cite 13 cas, dont 6 sont morts. En résumé, on peut affirmer que la forme floride est relativement bénigne, qu'elle modifie peu la croissance normale de l'organisme et que dans la majorité des cas elle reste latente. Cependant dans certains cas elle évolue vers les formes graves avec l'issue fatale.

B) FORMES ÉVOLUTIVES CURABLES.

Nous nous arrêterons spécialement sur les formes évolutives curables caractérisées par la notion d'une poussée évolutive, génératrice des lésions, cliniquement et radiologiquement confirmées, d'autre part par la notion d'une évolution favorable avec régression des ombres radiologiques, nous citerons quelques observations du service du Dr WEIL-HALLÉ :

a) *Le début* se fait soit contemporamment à la première réaction tuberculinique positive, soit de notre premier examen. L'enfant se présente avec tous les signes de l'infection;

b) Enfin à citer les cas où l'éclosion de la première cuti-réaction s'étant faite silencieusement, c'est après une phase latente que se déclenche la première poussée évolutive.

c) Ce début généralement n'est pas brusque, plutôt subaiguë. Symptômes vagues, chute du poids, anorexie, avec fièvre qui monte progressivement à 39°-40°. Puis à peine quelques signes respiratoires, de la toux et de la dyspnée.

d) Début larvé par troubles généraux et digestifs.

e) Début apyrétique sans bruit, sans signes fonctionnels ni généraux.

PÉRIODE D'ÉTAT.

a) *Les signes généraux* sont extrêmement trompeurs, la courbe thermique peut représenter des diverses variations; la température peut être cepen-

dant absente. Le faciès est beaucoup plus significatif, pâleur, teint livide, sont d'un fâcheux pronostic. Enfin la courbe du poids peut guider très souvent sur l'évolution ultérieure. En effet, presque en totalité des cas mortels, nous avons eu la chute brusque du poids.

b) *Les Signes fonctionnels* sont également extrêmement variables, on se basera surtout sur leur persistance dans le temps qui est d'un fâcheux pronostic.

c) *Signes physiques*. Assez souvent c'est la forme splénopneumonique avec sa matité en bois de siège et de localisation variable. On note l'abolition du murmure vésiculaire et retentissement du cri. Cependant le plus souvent on n'entend que des signes de bronchite banale, râles ronflants et sibilants. Enfin dans des cas rares l'absence de tout signe physique.

d) *Radio*. Ce qui est spécial aux formes curables, ce sont les images radiologiques. Avec RIBADEAU-DUMAS et LELONG, nous en distinguerons 3 groupes : 1) Les images absolument claires. 2) Franchement mauvaises, taches irrégulières nodulaires d'une broncho-pneumonie, ombre massive de pneumonie caséuse, images de la tuberculose miliaire. 3) Les images qui correspondent aux formes curables. Elles sont constituées par une ombre franchement opaque, homogène et uniforme; elle est toujours unilatérale; elle peut soit couvrir la totalité du demi-champ pulmonaire (très rare), soit prendre un type lobaire, soit

une ombre juxta-miliaire, former une masse arrondie en plein parenchyme. Le centre est fortement opaque, la périphérie va en s'estompant progressivement. Parfois enfin on observe l'ombre à la forme d'un triangle à base axillaire. Ces ombres correspondraient à une inflammation péricultureuse. RIST et LEVESQUE indiquent une division topographique. Pour eux les ombres situées dans la partie haute du Médiastin seraient de mauvais pronostic et les ombres de la partie inférieure et de la région hilare proprement dite, beaucoup plus favorables.

e) *Splénomégalie*. A la suite de travaux du P^r LÉON BERNARD (précédés d'ailleurs par une thèse de Mlle SCORNET, inspirée par le P^r MARFAN), l'importance de la splénomégalie était mise en évidence. En effet, par l'examen systématique, L. BERNARD et M. LANG ont trouvé sur 252 enfants à cuti positif, 79 cas de la splénomégalie; 29 % sur 295 enfants non atteints de la tuberculose, 18 fois. Sur 174 enfants sans splénomégalie, 9 morts par tuberculose, soit 6,8 %. Sur 79 à grosse rate, il y a eu 29 décès par tuberculose, soit 36,7 %. Sur 44 nourrissons succombés, 29 avaient une grosse rate, soit 70 %. Dans notre cas, nous avons trouvé, sur 65 cas, 16 fois une grosse rate, 40 fois pas de splénomégalie, 9 fois pas d'indications, soit 26 % de la splénomégalie. Sur 44 décédés (dont 37 examinés au point de splénomégalie) 13 enfants à grosse rate, soit 38 %; sur 21 vivants, 3 enfants à grosse rate, soit 15 %. La constatation d'une splénomégalie comporte donc un pronostic sévère.

EVOLUTION. Quelle est l'évolution de ces formes ? Le plus souvent la forme curable aboutit à la régression d'abord clinique avec certaine persistance des signes physiques, suivie de la régression radiologique plus ou moins complète. Son évolution ultérieure sera la fonction de la régression complète ou non, des conditions et du milieu dans lesquels l'enfant se trouvera.

En résumé, le pronostic de la forme curable en clinique se fait sur faiblesse relative des signes fonctionnels et généraux, sur la courbe du poids, sur l'absence de la splénomégalie et sur les caractères radiologiques propres.

C) TUBERCULOSES EXTERNES.

Il faut faire une place spéciale aux manifestations externes de la tuberculose; il se rattache ici la notion du scrofule dont le Pr MARFAN a rajeuni l'intérêt. En effet, à côté des tuberculoses sous-cutanées (formes); ganglionnaires, osseuses et articulaires, dont la nature tuberculeuse est nette, on rencontre souvent des manifestations pustulo-ulcéreuses qui rappellent l'impétigo avec tendance à la nécrose et récursive. Le scrofule se rencontre surtout au niveau des orifices de la face sous la forme de la rhinite ulcéro-croûteuse. La coexistence du scrofule avec les manifestations de la tuberculose externe et avec une réaction intense à la tuberculine ont déterminé le Pr MARFAN à les envisager comme tuber-

culides. Dans tous ces cas les tuberculoses externes accompagnées ou non du scrofule évoluent, généralement après un long délai du temps, vers la guérison. Elles sont aussi un facteur d'immunité spéciale à l'égard des manifestations de la tuberculose pulmonaire de l'âge adulte. Loi de MARFAN). D'ailleurs tous les auteurs à l'époque actuel considèrent la Tuberculose externe d'une évolution bénigne, sur 4 cas observés par nous, nous avons trouvé 3 guérisons.

LES METHODES DE LABORATOIRE

Dans les dernières années une série des procédés de laboratoire était mise au point pour déterminer le diagnostic et le pronostic de la tuberculose. Ils sont d'ailleurs assez inexacts et d'une valeur pour le moment encore non établie. Nous allons passer en revue les principaux.

A) *La formule sanguine.* Ce sont surtout les recherches des auteurs américains CUNNINGHAM, TOMPKINS, BRENTON qui ont mis en évidence les modifications des monocybes (ils considèrent les cellules épithéliales et géantes surtout comme monocytes modifiées). Au cours des tuberculoses graves évolutives avec des lésions caséuses ou leucocytose avec augmentation du rapport des monocytes aux lymphocytes. Cette augmentation s'exagère avec l'intensité des lésions. Au cours des tuberculoses non évolutives les auteurs (BRENTON et HAMIL) constatent une légère augmentation des monocytes, mais avec leucopénie. Cette recherche permettrait d'affirmer ou d'infirmer l'état évolutif des lésions. Nous avons pu observer la formule sanguine dans 3 cas avec l'issue fatale.

a) L... Roger, 9 mois, Granulie gl., R. 3.240.0000; leuco., 8.800; Polyn. 54 %; cosino., 2 %; lympho., 18 m., monocytes 7 %; grands mono., 19 %.

b) Cont... Pierre, broncho-pneum., âgé 4 mois; G. R. 33.2000; leucocytes 11.000; Poly., 57 %. Lympho 8 %; cosino., 1 %; M. Monocy 24 %; Gd mono., 6 % formes de transition 4 %;

c) Rob... Michel 9 mois, adénite tuberculeuse. Gl. 468.000 leucocytes, 12.000; Polyn. neutro. 48 % cosino 2 % m. mono., 32 % mono., 14 % lympho 3 %, grands lymphoblastes 1 %.

B) *Sédimentation des globules rouges.* (Réaction FAHRAEUS-WESTERGREEN, GORTNER, A. VALLETTE et B. ROSENKRANC, considèrent que la vitesse de sédimentation des globules rouges est augmentée d'une façon presque constante dans les tuberculoses infantiles (sauf dans les formes inactives) sans réaction périhilaire. Non spécifique de la tuberculose elle peut donner si l'on élimine les infections aiguës banales certains renseignements sur le degré d'activité d'une tuberculose. La vitesse s'abaisse en cas d'évolution favorable et s'élève en cas d'évolution fâcheuse. Ces indications auraient précédés les signes cliniques et radiologiques. La vitesse de sédimentation peut être modifiée par traitement et renseigner sur l'efficacité de celui-ci.

C). *La modification de l'équilibre protéique du sérum.* Dans la tuberculose des enfants comme dans celle des adultes il existe d'après les divers auteurs une diminution de taux de la serine et l'inversion du rapport serine-globuline due à l'hypoglobulinémie concomitante. Plus la tuberculose est grave plus le sérum est diminué et le quotient albumineux abaissé. (GORTER, MANICITUDE et BRATESCO).

D) Enfin ont a essayé d'utiliser la *Réaction de la flocculation à la Résorcine* (réaction de VERNE). Suivant RISI chez les adultes comme chez les enfants cette réaction indique le degré de l'infection tuberculeuse et suit avec les variations de l'index optique le développement de la maladie dans 86 %. Dans les maladies infantiles aiguës (rougeole coqueluche) lorsque l'endo et la cuti-réaction à la tuberculine sont négatives, dans la cachexie tuberculeuse, dans l'état antéallergique, cette réaction est positive. Nous ne nous arrêterons pas sur le lymphocylose dans le liquide Céphalo-Rachidien, pendant la Méningite Tuberculeuse, dont le pronostic est fatal. Enfin nous signalerons que la présence de B. K. dans le liquide gastrique est d'un pronostic fâcheux.

LES REACTIONS A LA TUBERCULINE ET LA PERIODE ANTE-ALLERGIQUE

Le P^r MARFAN admet qu'une réaction tuberculinique positive chez un enfant de moins d'un an correspond à une tuberculose en activité, chez un enfant de 1 à 2 ans, très grande probabilité de tuberculose en évolution.

On sait d'autre part, que l'inverse n'est pas du tout vrai, en effet dans les tuberculoses à évolution particulièrement grave : méningite tuberculeuse, dans les formes cachectisantes de tuberculoses pulmonaires, surtout à la suite de certaines maladies dites anergisantes (rougeole, coqueluche)), la cuti-réaction devient franchement négative. Sur 65 observations, nous avons trouvé 5 cas à cuti-réaction négative dont 3 M. T., une granulie et une broncho-pneumonie; 3 cas de la réaction négative passagère pendant la diphtérie, dont un mort de la diphtérie, un mort de la tuberculose, un enfant bien portant. Enfin, nous avons constaté un cas pendant lequel la cuti-réaction constamment positive est devenue négative pour la période de quinze jours coïncidant avec une amélioration de l'état général et avec une poussée du poids, le cas qui finit d'ailleurs par mort. Il s'ensuit d'ailleurs assez nettement que les constatations d'un cuti-néga-

tif au cours d'une tuberculose évolutive diagnostiquée radiologiquement et cliniquement est d'un pronostic presque fatal, exception faite pour la cuti-réaction devenue momentanément négative au cours des maladies anergissantes à la tuberculine, qui étant du fait même de l'association d'un pronostic grave n'est pas fatale.

Il en est autrement avec les Maladies à cuti-réaction positive qui servant pour diagnostic de la tuberculose ne peut pourtant juger sur la gravité de l'affection. Le grand nombre des tuberculoses florides vient d'infirmar cette proposition et en plus ici se joint la notion de la période anté-allergique (l'espace du temps entre le moment de la contamination et le moment où la cuti devient positive). DEBRÉ et PARAF en France, EPSTEIN et BERTHOLD à l'étranger évaluent cette période anté-allergique entre 3 à 5 semaines suivant les auteurs. A toute période anté-allergique courte correspond l'évolution grave, et inversement. Cependant l'évolution de la durée de la période anté-allergique est extrêmement difficile, et parfois insurmontable. Nous citons ici les statistiques du Pr LÉON BERNARD qui confirment cette loi.

Durée de la période anti-allergique	Nombre des cas	Formes graves	Formes légères	Décès
0-8 jours	2	2	—	2
1-2 semaines	5	2	3	2
2-3 semaines	8	5	3	2
3-4 semaines	4	2	2	1
4-5 semaines	5	—	5	3
5-6 semaines	5	—	5	1
6 sem. à 2 mois	4	—	4	—
2-3 mois	1	—	1	—
3-4 mois	1	—	1	—
plus 4 mois	4	—	4	—

Nous avons personnellement réussi à élucider dans neuf cas la durée de la période anté-allergique, d'ailleurs avec une approximation relative; soit que le cuti est devenu positif dans le service, soit que l'enfant de parents tuberculeux était constamment examiné. Nous avons trouvé :

Durée de la période anti-allergique	Nombre des cas	Formes graves	Formes légères	Décès
moins de 3 semaines	2	2	—	2
3-6 semaines	4	2	2	2
			dont 1 de la diphtérie	
plus 6 semaines	3	—	3	—

REGLE DE LA SURVIE

Pratiquement impossible dans la majorité des cas d'établir la durée de la période anté-allergique; la cuti-réaction n'étant pas pratiquée systématiquement, il vaudrait mieux adopter la loi de survie. On peut dire que lorsqu'un nourrisson présente une survie plus de 6 semaines sans accidents après la cessation du contact, on peut émettre un pronostic favorable. Mlle ODIER, dans sa thèse cite sur 230 cas observés, seulement 4 morts. Cette loi ne concerne d'ailleurs pas les enfants remis dans le milieu bacillifère sauf ceux qui sont restés en contact (sur 25, 11 morts, th. Mlle ODIER).

L'AGE

L'un des principaux facteurs de la mortalité dans la Tuberculose du Nourrisson est l'âge de la contagion, voilà les résultats que nous avons obtenu :

Nombre des cas	Age	Ont fait des formes graves	Décédés	%	Vivants	%
6	0-3 mois	4	5	83 %	1	17 %
12	3-6 mois	9	10 (dont 1 de la rougeole)	75 %	2	25 %
23	6-9 mois	12	16 (1 de la diphtérie)	65 %	7	35 %
19	9-12 mois	10	12 (1 rougeole 1 diphtérie)	58 %	7	42 %
5	12-18 mois	1	1	20 %	4	80 %

Les chiffres donnés ne sont qu'approximatifs en plusieurs cas, la cuti étant pratiquée trop tard, il faut également tenir compte de la période anté-allergique dans laquelle la réaction à la tuberculine n'apparaît pas. Ces chiffres concordent assez bien avec ceux trouvés par Mlle MANTOUX, dans le service du P^r MARFAN : 75 % pour les enfants entre 0-6 mois, 57 % 6-12 mois; 40 % 12-18 mois, avec ceux de Mlle MIOCHE, dans le même service 73,7 % pour la première année et 51,6 % dans la seconde et avec ceux du P^r NOBÉCOURT (cités ailleurs). D'autre part, à l'étranger, POLLAK a trouvé pour la première année une mortalité de 58 % et FINGERDREICH les chiffres variables de 50 % à 75 %. GASUL, de Chicago, indique la mortalité de 1-6 mois, 17 %; de 6-12 mois, 6,42%. Cependant tous les auteurs s'accordent sur le fait que le pronostic de la tuberculose des nourrissons dans les premiers 6 mois de la vie est très grave. La mortalité fléchit sensiblement dans la deuxième moitié de la première année pour tomber brusquement au cours de la 2^e année.

DUREE ET PUISSANCE DU CONTACT

Il est très difficile d'établir la durée du contact infectant. Tous les auteurs sont inclinés à voir que plus le contact est prolongé, plus la maladie est grave. Cependant pour les chiffres que nous disposons, nous avons obtenus les résultats fort contradictoires.

Durée du contact	Nombre des cas	Enfants vivants	Enfants décédés	% de la mortalité
0-1 mois	20	7	13	55 %
1-3 mois	9	2	7	77 %
3-6 mois	14	3	11	75 %
6-9 mois	16	5	11	67 %
9-12 mois	6	4	2	34 %

En effet, nous avons trouvé que la mortalité a plutôt tendance à tomber avec la longueur du contact (à l'exception du premier chiffre). En réalité, tout dépend de la façon d'interpréter les chiffres. Si nous prenons deux cas de l'intensité du contact et de la contagiosité égaux, la maladie sera plus grave avec la durée du contact plus longue. Or, si les chiffres dans les contacts plus longs indiquent la mortalité plus basse; c'est justement parce que l'intensité du contact était moins forte la maladie ayant besoin d'un temps plus long pour se développer (la faute consiste

ici à prendre la cause pour l'effet). Quand au premier chiffre nous y avons fait entrer les malades à contaminateur inconnu, donc presque forcément occasionnel et non intime. Il faut également faire attention, que le contact durant plus longtemps, le petit malade devient plus âgé et forcément plus résistant, donc également plus résistant à l'invasion de la maladie.

On ne pourra donc pas faire jouer la loi de la durée du contact qu'en envisageant en même temps l'âge et l'intensité de la contagion. Sur 65 cas, nous avons trouvé l'agent de contamination dans 49 cas.

La mère : 19 cas, vivants, 4; morts 15, mortalité 77 %. *Autres membres de la famille* (21 fois le père, 26, vivants 9; morts 17, mortalité 66 %.

L'agent de contagion était occasionnel ou bien inconnu dans 20 cas 12 décédés %. de la mortalité 60 %.

Ces chiffres indiquent clairement que la contagiosité dans le milieu familial est plus grave et surtout si la malade est la mère. Cependant, même dans le cas de la contagion occasionnelle, l'évolution de la maladie n'est pas si bénigne que le pensent certains auteurs. En effet, nous avons observé plusieurs cas avec l'évolution fatale. Au point de vue *de la contagiosité du contact*, dans 25 cas où nous avons pu établir que l'agent de la contamination présentait l'expectoration avec B. K., nous avons constaté 18 décès, soit 72 % de la mortalité.

LES ENFANTS NOURRIS AU SEIN DE LA MERE MALADE

Le problème qui se pose ici n'a pas encore trouvé la résolution.

Sur 8 enfants nourris au sein de la mère malade, 1 seul est vivant.

Sur 11 qui ayant la mère malade ne sont pas nourris au sein, 3 vivants.

Enfants tuberculeux, dont les mères étaient sains : 26 enfants nourris au sein, 10 vivants; 20 enfants, allaitement mixte ou artificiel, 7 vivants. Donc on peut conclure, en comparant respectivement ces chiffres, que l'alimentation au sein de la mère non malade ne semble pas fortement améliorer les résultats. Dans les cas contraires, une forte aggravation. Pourtant, on ne peut pas conclure, si cette mortalité tient à la plus grande intimité du contact ou au passage du bacille tuberculeux. La question reste en effet débattue. Les recherches du B. K. dans le lait ont donné des résultats négatifs (NICOLAS, GRIFFITH, CZERNY); CHAMBERLEN et VALLE pourtant ont trouvé le B. K. dans le lait dans 13 % des cas. Il existe également une vieille observation du P^r MARFAN, qui a trouvé le B. K. dans l'intestin d'enfant nourri par sa mère malade.

LE ROLE DU MILIEU

Il reste encore à envisager le rôle du milieu au point de vue du pronostic de l'avenir. En effet, une importante partie de la mortalité revient soit aux superinfections, soit à la vie dans le milieu hygiénique non approprié. Les chiffres sont fort suggestifs. Sur 65 enfants malades, ont succombé dans l'hôpital : 23; sorties 42, dont 9 morts dans un délai très court (sortis sur demande des parents, présentaient des tuberculoses graves); 32 sont sortis dans un état de santé satisfaisante. Ont été placés dans les établissements antituberculeux, 15 dont 4 morts, 26 %; sont restés dans la famille, 17 dont 7 morts, 41 %; sont retournés dans le milieu tuberculeux (père ou mère malade) 24, morts 9, 45 %; sont restés dans un milieu sain 8, morts 2, 25 %. Il faut cependant noter que dans ces deux cas, le milieu laissant beaucoup à désirer au point de vue hygiénique. Nous devons donc admettre que même une fois l'évolution de la maladie arrêtée, la possibilité de la superinfection n'est pas exclue. Seuls les enfants placés dans le milieu sain et propre, avec abondance de soleil et de nourriture permettront d'éviter la récurrence de la maladie.

OBSERVATIONS

Nous relatons ici les observations de formes curables, choisies parmi les plus démonstratives.

OBSERVATION I.

Bil... Lucienne, 8 mois. Née prématurément (8^e mois), poids de naissance 2 kg. 500. Elevée au sein pendant 6 mois. La mère est bien portante. Le père est traité en Sanatorium pour la Tuberculose pulmonaire depuis 5 mois.

L'enfant était en contact avec son père malade pendant 3 premiers mois de la vie. Traitée il y a 3 mois dans l'hôpital des Enfants Assistés, où l'on a trouvé la cuti-réaction négative.

La malade entre le 5/XII/1931 dans l'hôpital des Enfants Malades, amenée pour une pyodermite. Elle présente à l'entrée un aspect satisfaisant; bon état général, poids 7 kg. A l'examen : Chapelet costal, Fontanelle rétrécie. Foie et rate normaux; Poumon normal. Fièvre 37,5. Pas de troubles digestifs.

Examen radiologique : Poumon normal. La cutiréaction est positive. La malade reste dans le service jusqu'au 16/XII 1931 sans présenter d'autres troubles et sort du service dans l'état satisfaisant. Agée actuellement de 4 ans, elle est en bonne santé (le 30 février 1935).

En résumé, il s'agit d'un enfant entré à 8 mois à la Crèche, infecté par un contact de 3 mois avec un père bacillaire. Le contact étant d'une intensité faible (pas d'expectoration bacillifère chez le père), la malade

fait une période anté-allergique longue (plus de 2 mois) et aboutit à une forme occulte de la tuberculose sans autres signes que la cuti-réaction positive sans poussées évolutives, aboutissant d'emblée à la guérison clinique.

OBSERVATION II

Poul... Roger, 11 mois. Né à terme poids de naissance 4 kg. 330 gr. Elevé au sein pendant 3 semaines puis sevrage à cause d'abcès du sein de la mère. Le Père et la Mère sont bien portants.

Pendant deux semaines à l'âge de 9 mois l'enfant était en contact avec une tante atteinte de la Tuberculose pulmonaire. Depuis un certain temps il présente des troubles digestifs : vomissements fréquents, 3-4 selles par jour « liquides ». Le malade entre dans le service le 1/I/1932 à cause de l'Adénopathie avec tendance à l'ulcération. Poids à l'entrée 8 kg. 150 gr., bel aspect général, bon pannicule adipeux, pas de signes de la déshydratation, une légère pâleur. La température 38°. A l'examen physique le Foie et la Rate normaux; Poumon normal; Gorge, rien. Radio : Les champs pulmonaires sont clairs. Cuti positive.

Le 7/I une poussée de la température à 39°. Respiration soufflante au sommet droit avec quelques râles humides.

Mois de février. Amélioration de la température à 37°. Au mois de mars le petit malade fait une diphtérie qui aboutit à la guérison au mois d'avril. Pendant toute la durée de la maladie la cutiréaction reste positive. Le 18 avril 1932 le malade passe à la Salpêtrière. Il sort au mois de juin, on l'envoie à la campagne. Agé actuellement de 4 ans 3 mois, le malade se porte très bien.

En résumé, le malade âgé de 11 mois infecté par sa tante après un contact éphémère fait une adénopa-

thie tuberculeuse avec une poussée fébrile avec signes fonctionnels et physiques. Complication. Diphtérie. Guérison définitive.

OBSERVATION III

Lop... Jeannine, 9 mois. Née à terme, poids de naissance 2 kg. 750 gr. La mère bien portante. Le père décédé de la tuberculose pulmonaire quand la petite avait 6 mois. Nourrie jusqu'à 6 mois au sein. L'enfant est amenée le 21/VII/1933 pour une douleur à la jambe droite avec ses radios du thorax où on peut constater des ombres négatives dans la région hilare droite. Contact permanent avec le père, de 15 jours à 6 mois. La cutiréaction est positive depuis trois mois. L'enfant est pâle, maigre, le poids 6 kg. 300 gr. Pas de troubles digestifs mais grossit peu. Ne tousse pas. Fièvre 38°. A l'examen : quelques râles bronchiques à la base droite. Cliché de la hanche : une lésion nette du côté gauche permet de poser le diagnostic de la coxalgie.

Cliché du poumon; Tuberculose ganglio-pulmonaire du côté droit d'ailleurs par comparaison avec les clichés du mois de mai en régression évidente. Cutiréaction positive. La malade sort le 5/VIII/1933. Actuellement l'enfant âgée de 2 ans 5 mois se trouve depuis novembre 1934 à San-Salvador; pas de signes pulmonaires à la Radio; la jambe n'est plus dans le plâtre mais en extension continue; l'état général est bon.

En résumé l'enfant en contact permanent avec le père tuberculeux pendant les 5 premiers mois de la vie, fait au sixième mois de la tuberculose ganglio-pulmonaire qui se complique bientôt de la coxalgie. Guérison au point de vue clinique et radiologique de la lésion pulmonaire, amélioration notable de l'état de la jambe.

OBSERVATION IV

Cham... Roger, 11 mois. Né à terme, poids de naissance 3 kg. 550 gr. Les parents sont bien portants. Nourri au sein pendant 7 mois. Digestion se fait bien. Depuis 3 jours l'enfant tousse mais sans présenter de fièvre; il entre dans le service le 25/IV 1934. Depuis le 26 il tousse et vomit, selles sont normales.

Depuis 15 jours il a maigri de 800 gr.

A l'examen le 25 avril, état général bon; Squelette : léger chapelet costal. Pas de ganglions. Rate et Foie normaux. Appareil respiratoire : râles bronchiques du côté droit, à la base, fins râles crépitants, moins abondants à gauche. Poids actuel 8 kg. 400. T. 38°. Cutiréaction est positive. Examen radiologique : ombre pulmonaire de la région moyenne à droite. Quitte le service le 1/IV 1934. Actuellement se porte bien, âgé de 2 ans.

En résumé : poussée évolutive à l'âge de 11 mois. Signes physiques et fonctionnels. Bien portant à 2 ans.

OBSERVATION V.

Lem... Monique, âgée 12 mois, entre le 16 juin 1934 après contact de 8 mois avec le père tuberculeux. Née à terme, poids de naissance 3 kg. 300. Elevée au sein pendant 7 mois. Se trouvait en contact avec son père du 2^e au 10^e mois de la vie, il y a un mois, la cutiréaction était encore négative. on peut donc conclure à une période anté-allergique plus d'un mois. Il y a trois mois, une coqueluche. Le 11 juin, dyspnée, toux, la température monte à 39-40°, signes de la congestion. Examen le 16 juin 1934. Pas de signes du rachitisme. Adénopathie. Foie et rate normaux. Poumons : quelques râles du côté gauche.

Examen radiologique : foyer à la base gauche. En plus,

la malade présente des signes de rhino-pharyngite. Cutiréaction positive. Température 38°. Poids à l'entrée, 8 kg. La malade tousse. Le 5 juillet, amélioration dans l'état général, diminution des signes physiques et fonctionnels. La température tombe. La malade sort le 5/VII et est placée dans le préventorium de Montlignon. Actuellement, l'état de la santé est satisfaisant.

En résumé, poussée évolutive à l'âge de 12 mois. Quelques râles de bronchite, signes radiologiques. Actuellement, la maladie est en régression.

OBSERVATION VI.

Gar... Emilienne, âgée de 12 mois, entre dans le service le 15 septembre 1934. Née prématurément, poids de naissance 2 kg. 250. Père bien portant. Mère décédée de la tuberculose pulmonaire quand l'enfant avait 11 mois. Contact peu intime et avec précautions.

A l'examen, c'est un nourrisson hypotrophique, poids 6 kg. 300 et avec rachitisme léger. L'état général est mauvais, amaigrissement depuis un mois, pâleur, les digestions se font mal, depuis 15 jours l'enfant tousse. Foie et rate légèrement augmentés de volume. Poumon : râles bilatéraux surtout au sommet droit. La température est normale. La cutiréaction est positive. La radiographie montre à droite une ombre dense et homogène, siégeant dans la région hilare. Fin octobre, commencement novembre, amélioration sensible. Poids monte jusqu'à 7 kg. 300. Disparition des signes fonctionnels. Signes physiques diminuent d'intensité. Radio montre un éclaircissement de la région hilare.

Le 27 novembre, aggravation. Coryza sero-sanguin violent, gorge rouge. Ne boit pas. Perte de poids marquée. Otite gauche. A l'ensemencement : bacilles diphtériques moyens. Sérum antidiphtérique. Légère amélioration en décembre

(Diphtérie guérie). L'enfant quitte le service le 18 janvier 1935.

Actuellement, l'enfant se trouve au Sanatorium à Airicant, l'état de santé est assez satisfaisant. Reprise du poids. Disparition des signes radiologiques.

En résumé, enfant de 12 mois, fait après le contact avec sa mère malade une tuberculose pulmonaire avec signes radiologiques. A 21 mois, une amélioration sensible.

OBSERVATION VII.

Sino... Claude, âgé de 10 mois. Entre dans le service le 19/I 1935. Né à terme. Poids de naissance 3 k. 500. Mère bien portante. Père tuberculeux avec B. K. dans les crachats, se trouve en contact avec l'enfant depuis le 1^{er} octobre 1934 jusqu'au 1^{er} décembre 1934, donc 2 mois. La cutiréaction est positive le 19/I 1935. Nourri au sein. Avait une bronchite à 7 mois, La cuti était négative. Dans le moment présent (1^{er}/I) température 39°, amaigrissement de 500 gr., touse, diarrhée, boit difficilement. Il y a 8 jours à la consultation à Lariboisière, la cutiréaction était négative. Donc une période anté-allergique au moins de 6 semaines.

A l'examen physique, pas de signes de rachitisme. Adénopathie, quelques ganglions cervicaux. Foie et rate normaux. Poumon normal. Radio : légère obscurité de la région hilare. Examen du laboratoire, gorge Bac. Dipht. en voie de destruction. 1^{er}/II. Submatité dans la région juxta-sternale droite partie moyenne, foyer parenchymateux, diminution de transmission du dans l'aisselle. Crachats : pas de B. K. Ganglions cervicaux disparus. 14/II. Diminution d'obscurité en Radio. Poids 7 kg. 700, à l'entrée 8 kg. 500.

A présent, l'enfant se trouve en campagne, poids 9 kg. 500. 2 kg. en 2 mois. Bien portant.

En résumé, poussée de tuberculose avec signes physiques et radiologiques à la suite d'un contact de 2 mois avec le père tuberculeux. Arrêt de l'évolution de la maladie.

CONCLUSIONS

1) Le pronostic de l'infection tuberculeuse chez le nourrisson est très grave (66 % de mortalité). Même dans les formes légères et florides le pronostic est réservé.

2) L'infection tuberculeuse est presque fatale dans les 6 premiers mois (W.H). Elle reste encore fort grave dans la seconde moitié de la première année. Le pronostic s'améliore sensiblement au cours de la 2^e année. Nous constatons donc, que la gravité de l'infection dans le premier âge décroît progressivement.

3) Le pronostic est plus grave pour l'enfant issu des parents tuberculeux et qui de ce fait a subi un contact plus intime, que pour l'enfant né dans un milieu sain. Cependant l'origine accidentelle de l'infection n'implique pas le pronostic bénin. En effet, nous avons observé plusieurs cas avec évolution fatale à la suite d'un contact éphémère.

4) Il est possible actuellement de poser le pronostic de la maladie dans chaque cas particulier; par opposition des données cliniques, radiologiques, étiologiques et celles de Laboratoire.

5) Le seul moyen efficace de la lutte contre l'in-

fection tuberculeuse des Nourrissons étant la prophylaxie, il est logique de couper le mal à sa base, en étendant systématiquement l'emploi de la vaccination par B. C. G. non seulement aux enfants issus de la souche tuberculeuse mais également à ceux qui n'ont pas d'antécédents tuberculeux (WEILL-HALLÉ).

Vu :
Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :
Le Président de la Thèse,
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND DELLILE et MME FANIN. — Le rôle de la contagion familiale dans la Tuberculose de l'enfant (Médecine Infantile, juillet 1924).
- ABOULKE. — Note sur la forme floride de la Tuberculose du Nourrisson. (Thèse, Paris 1920).
- ARNOULD. — Gravité comparée de la Tuberculose pulmonaire, l'existence ou l'absence des antécédents tuberculeux chez les parents. (Revue de la Tuberculose, 1920).
- BERNARD (L.) et DEBRÉ (R.). — L'infection tuberculeuse du nourrisson et sa prophylaxie. (Annales de Méd., 15 mai 1923).
- BERNARD (L.) et PARAF. — Contamination tuberculeuse chez l'enfant après contact éphémère (Rev. de la Tub., 1924, p. 419).
- Les formes curables de la tuberculose évolutive du Nourrisson.
- BERNARD (L.) et LAMY (M.). — Valeur de la splénomyalie pour le diagnostic de la tuberculose du Nourrisson. (Revue de la Tub., 3^e série, t. XIII, n° 8, octobre 1932).
- BRENTON et HAMIL. — Tuberculose des Nourrissons et des enfants. Enumération des globules blancs. (Am. Jour. of diseases of Children, mai 1931).
- BOER (H. D.). — La tuberculose chez les enfants, causée par l'infection des bacilles bovines (Maendschrift voor Rindergeheidskunde, avril 1933).
- BUEDA (Pedro). — La dermo-réaction à la tuberculine dans la première enfance, d'après 6.529 réactions (Archives de Méd. des Enf., mars 1928).
- COCAULT-DUVERGER. — Evolution et Pronostic de la Tuberculose du 1^{er} âge dans une consultation des nourrissons. (Th. Paris, 1922).

- CALMETTE et VALTIS. — L'ultra virus tuberculeux. (Communication à l'Ac. de Méd., oct. 1927).
- COUVELAIRE (A.). — Nouvelle contribution à l'étude de l'infection transplacentaire par le virus tuberculeux.
- DEBRÉ et LAPLANE. — Le nourrisson issu de parents tuberculeux. (Le Nourrisson, juil. 1922).
- DEBRÉ, PARAF et DAUTREBANDE. — La période anté-allergique de la tuberculose. (Annales de Méd., 1921, t. IX).
- DEBRÉ et JOANNON. — La forme floride de la tuberculose du nourrisson. (Annal. de Méd. w. 4 avril 1922, A XI).
- EPSTEIN. — Prognose und verlaufsformen der Säulings-tuberculöse (Beihefte 3. méd. Klin. Berl. u Wien, 1924, XX, 21-30).
- EPSTEIN (B.). — Les premiers signes cliniques de l'infection tuberculeuse. (Jahrbuch für Rinderh. 1928).
- GORTER. — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose. (Revue française de Pédiatrie, fév. 1929).
- GASUL (B. M.). — Pronostic de la tuberculose chez les nourrissons. (Am. J. Dis. of Child., mai 1929).
- HAMBURGER (F.). — Héritéité, résistance naturelle, l'immunité dans leur influence sur l'évolution de la Tub. des Enfants (Zeitsch. f. tub., mars 1933).
- HELLMAN. — Les éléments du pronostic de la Tub. du premier âge. (Th. Paris, 1925).
- HAHN. — Pronostic de la Tub. du Nourrisson (Monetsch. f. Rinderh, II, 534).
- JOUSSET (A.). — La valeur pratique de la floculation de Vernes dans la tuberculose. (Arch. inst. Proph., 1932).
- LAVERGNE. — Quelques considérations sur les surinfections dans la Tuberculose envisagée au point de vue de la Prophylaxie. (Presse Méd., 16 juillet 1921).
- LELONG. — Le Pronostic de la tuberculose du Nourrisson. (Paris Méd., 3 janvier 1931).
- LELONG. — L'enfant issu de parents tuberculeux. (Th. Paris, 1925).
- LÉVY-SOLAL, OUMANSKY et JEANNET. — Transmission intra-utérine de virus tuberculeux de la mère à l'enfant. (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 6 janvier 1930).

- LAUGER (Hans). — Die Pronostic der Säulings-tuberkulöse. Münch. med. Woch., vol. 70, N. 3, 1924).
- MANTOUX (D.). — Contribution à l'étude de la Tuberculose des Nourrissons. (Th. Paris, 1912).
- L'intradermo-tuberculinisation (Sem. Méd. 1909).
- MARFAN (A. R.). — Leçons cliniques sur les affections de la première enfance (Paris, 1926).
- MARFAN. — La cutiréaction. Sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du 1^{er} âge. (P. M., Paris, 1923, XXXI, 1025).
- Etudes sur la tuberculose du nourrisson. (Le Nourrisson, N. 2-3-4-5, 1925).
- MANICITUDE et BRATESCO (A.). — Les modifications de l'équilibre protéique du sérum dans la Tuberculose inf. (Soc. de Bio. de Bucarest in C. R. de la Soc. de Bio. f. CV., N. 27, 1930).
- MAGAT (J. H.). — La morbidité et la mortalité tuberculeuse chez les enfants vaccinés ou non vaccinés, par B. C. G. Th. Paris, 1930).
- MORQUIO (Luis). — Tuberculosis curable del lactente. (Conferencias de l'Instituto de Clinica pediatria y puericultura de Montevideo).
- MIOCHE. — Etude sur la cutiréaction à la Tuberculine dans l'enfance. (Th. Paris, 1927).
- NOBÉCOURT et PARAF. — Sur la Tuberculose du 1^{er} âge. (Paris méd., 1923, t. XLVII, 1821).
- NOBÉCOURT. — La tuberculose chez les enfants vaccinés préventivement par B. C. G. dans les premiers jours de la vie. (Soc. de Pédiatrie, 20 mars 1928).
- NOBÉCOURT et LIÈGE (R.). — Tuberculose du nourrisson. Fréquence, formes cliniques. Mortalité. (Soc. de Pédiatrie, 19 nov. 1929).
- ODIER. — Les formes curables de la Tuberculose du Nourrisson. (Th. Paris, 1927).
- RIBADEAU-DUMAS. — Les images radiographiques de la Tuberculose de l'enfant. (Revue de la Tuberculose, 1923, p. 67).
- Les causes immédiates et le pronostic de la Tuber-

- culose du 1^{er} âge. (Jour. de Méd. et de Chir. Pratique, Paris, 1922, XCVII, 885).
- RISI (A.). — Diagnostic précoce de la Tuberculose avec la réaction de Vernes. Sa valeur pronostique et diagnostique. (Rivista de Clinice pediatric, vol. XXVIII, p. 28, 28 février 1930).
- ROMINGER. — Ueber Prognose und verlauf der Sälingstuberculöse. (Münch. Méd. Woch., w. 51, 18 déc. 1931, p. 2182).
- TAILLENS, WEIL-HALLÉ, CALMETTE et DEBRÉ. — Discussion sur la cutiréaction à la tuberculine. (Soc. de Pédiatrie, 20 mai 1930).
- VALLETTE (A.) et ROSENCRANC (B.). — Etude de la vitesse de sédimentation globulaire dans la Tuberculose infantile. (Revue franç. de Péd., t. IX, N. 3, 1933).
- VIGNES. — Les poids des enfants nés de mères tuberculeuses. (Soc. de Biol., 8 mars 1924).
- WEILL-HALLÉ (B.) et TURPIN (R.). — Sur la vaccination anti-tuberculeuse des Nourrissons par le B. C. G. (1921-28). (Revue de la Tub., fév. 1929).
- ZARFL. — Sur la curabilité de la Tuberculose miliaire généralisée des nourrissons. (Beitr. 3 Klin. d. Tub., 22 nov. 1935, p. 68).
- ZARFL (M.). — Pronostic de la Tuberculose chez le Nourrisson. (Wien. Kl. Woch., 24 avril 1931, p. 552).
- ZUMIN (O.). — Le sort des enfants nés de mères tuberculeuses laissés dans l'ambiance familiale et non vaccinés par B. C. G. (Ann. Obst. et Gynec., 30 nov. 1932, p. 1653).

